



საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის
სამინისტრო

განცხადება

დაბადების/გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის
ელექტრონული წარმოების სპეციალური პროგრამული
უზრუნველყოფის მომხმარებლად რეგისტრაციის შესახებ

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
2011 წლის 12 იანვრის №7/თ ბრძანებით

შეცვლის თარიღი: (რიცხვი/თვე/წელი)

3 0 0 9 2 0 1 1

სამედიცინო დაწესებულება – პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე მეწარმე ფიზიკური პირი

ივსება მხოლოდ გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შეცვლის უფლებამოსილებისათვის

გვარი: _____ სახელი: _____ პირადი ნომერი:

უფლებამოსილების განხორციელების არეალი:	ქალაქი / მუნიციპალიტეტი:
1. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	2. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:
4. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	5. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:
7. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	8. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:

სამედიცინო დაწესებულება – იურიდიული პირი

დასახელება: შპს „ჯეო ჰოსპიტალს“ საიდენტიფიკაციო კოდი: 4 0 4 9 0 7 7 3 0

ქალაქი / მუნიციპალიტეტი: ქ. თბილისი, კოსტავას 67, ბინა 71

N:	გვარი, სახელი	პირადი ნომერი	შესაბამისი ცნობის შეცვლის უფლება (მონიშნეთ ყველა შესაბამისი კასუსი)
1.	ზარიძე მარია	0 1 0 2 7 0 3 3 9 3 4	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება
2.	ბაკურაძე გიორგი	0 1 0 2 6 0 0 5 0 1 5	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
3.	მეხრადე პაატა	2 2 0 0 1 0 0 7 2 4 9	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
4.	მიშელაშვილი ირმა	2 8 0 0 1 0 2 2 6 0 0	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
5.	ჟორჟოლიანი თამარ	6 2 0 0 5 0 2 6 9 3 3	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება
6.	მუმლაძე ინგა	2 8 0 0 1 0 6 3 6 3 2	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება
7.	პოჩიკაშვილი გიორგი	2 2 0 0 1 0 0 7 4 3 4	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
8.	კორძია ლია	3 0 0 0 1 0 0 0 8 5 6	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება
9.	შუკვანი ეთერი	0 1 0 1 9 0 0 6 5 9 8	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
10.			1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება

კანონმდებლობის შესაბამისად, გთხოვთ წინამდებარე მონაცემების გათვალისწინებით მოახდინოთ სამედიცინო დაწესებულების რეგისტრაცია გარდაცვალების/დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობის ელექტრონული წარმოების სპეციალური პროგრამული უზრუნველყოფის მომხმარებლად.

სამედიცინო დაწესებულების საკონტაქტო პირი:
 კალანდაძე გიორგი 577 141407 registracia@hn.ge
 გვარი, სახელი ტელეფონი ელ. ფოსტა

სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებელი პირი:
 ჯორბენაძე დავით
 გვარი, სახელი ხელმოწერა
 დირექტორი

თანამდებობა (მხოლოდ იურიდიული პირებისათვის)

